

**Erholungsantrag**     eigenes Objekt     Kooperationspartner (unterstreichen): BWSW / SW Bund / BfV / BSW / andere

für die Erholungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Gewünschte Aufenthaltszeit vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit einer Zeitverschiebung einverstanden? Ja:     Nein:

Wenn ja, wie viele Tage...                      früher: \_\_\_\_\_                      später: \_\_\_\_\_

Antragsteller

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitglied seit: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung gilt für folgende Personen:  
(Hier sind alle am Erholungsaufenthalt teilnehmenden Personen einzutragen)

Zuname, Vorname	Familien- Stand	Geburts- datum	Familien- Zugehörigkeit	Alter bei Anreise	Mitglied ja / nein
a) Antragsteller					
b)					
c)					
d)					
e)					
f)					
g)					

Die angemeldeten Personen unter den nachfolgend genannten Buchstaben sind von mir wirtschaftlich abhängig.

**Unterbringungsart**

<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer
<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer
<input type="checkbox"/>	Mehrbettzimmer
<input type="checkbox"/>	Suite
<input type="checkbox"/>	Ferienwohnung
<input type="checkbox"/>	Mobilheim

**Verpflegungsart**

<input type="checkbox"/>	ohne Verpflegung
<input type="checkbox"/>	Frühstück
<input type="checkbox"/>	Halbpension
<input type="checkbox"/>	Vollpension

Besondere Wünsche: \_\_\_\_\_

Letzter Erholungsaufenthalt in Einrichtungen  
des Sozialwerkes: \_\_\_\_\_

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit einer eventuellen Überprüfung einverstanden.

**Das Berechnungsblatt zum Nachweis der Gemeinnützigkeit füge ich bei.**

Bitte senden Sie mir Ihren Newsletter und aktuelle Angebote an o.g. E-Mail-Adresse zu!

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Berechnungsblatt zum Antrag von

Name, Vorname:



Das Sozialwerk der brandenburgischen Landesbediensteten e.V. ist ein gemeinnütziger Verein. Er verfolgt Zwecke im Sinne der Wohlfahrtspflege. Der Verein muss gegenüber dem Finanzamt nachweisen, dass seine Tätigkeit überwiegend auf die Unterstützung hilfsbedürftiger Personen i.S.d. § 53 AO gerichtet ist, nur dann werden dem Verein die Steuervergünstigungen gewährt. Um diesen Nachweis erbringen zu können, ist es notwendig, dass die nachstehenden Angaben ausgefüllt werden. Der Vorstand behält sich vor, diese Angaben zu überprüfen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Für alle Personen wird der Aufenthalt ärztlich befürwortet (Arztstempel rechts oben).

Alle Personen haben das 75. Lebensjahr vollendet.

Genannte Personen sind mind. 80% schwerbehindert (Kopie Ausweis).

Berechnen Sie Ihren Regelsatz und vergleichen Sie diesen mit Ihrem berechneten Familieneinkommen!

Regelsätze gemäß SGB XII Land Brandenburg ab 01.01.2023

Alleinstehende o. Alleinerziehende 2510 € = \_\_\_\_\_ €

Ehepaare / Lebenspartnerschaft 3616 € = \_\_\_\_\_ €

Haushaltsangehörige:

+ Volljährige im Haushalt 1608 € x \_\_\_ Pers. = \_\_\_\_\_ €

+ Kinder 14 bis 17 Jahre 1680 € x \_\_\_ Pers. = \_\_\_\_\_ €

+ Kinder 6 bis 13 Jahre 1392 € x \_\_\_ Pers. = \_\_\_\_\_ €

+ Kinder 0 bis 5 Jahre 1272 € x \_\_\_ Pers. = \_\_\_\_\_ €

**Gesamtsumme** \_\_\_\_\_ €

(für Sie zutreffender Regelsatz)

Der Regelsatz gemäß SGB XII Land Brandenburg im Vergleich mit dem Familieneinkommen

wird überstiegen  
 wird nicht überstiegen  
und

das Vermögen von 15.500 €

wird überstiegen  
 wird nicht überstiegen

X Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bei Änderungen wird das Berechnungsblatt neu herausgegeben.

**Prüfvermerk der Geschäftsstelle:**

(Bitte nicht vom Mitglied ausfüllen)

Die Angaben sind nach überschlägiger Prüfung glaubhaft. Die Mitgliedschaft im Sozialwerk wird bestätigt.

Die Erholungsbedürftigkeit wird für alle teilnehmenden Personen ärztlich befürwortet.

Stempel und Unterschrift des Arztes

## Familieneinkommen

### 1. Löhne und Gehälter

nach den letzten Lohn- und Gehaltsbescheinigungen

Summe der monatlichen Bezüge

(Brutto einschl. Kindergeld) = \_\_\_\_\_ €

abzgl. tatsächl. mtl. Werbungskosten je Arbeitnehmer = \_\_\_\_\_ €

### 2. Pensionen

nach den letzten Versorgungsbescheinigungen

Summe der monatlichen Bezüge

= \_\_\_\_\_ €

abzgl. tatsächl. mtl. Werbungskosten je Pensionär = \_\_\_\_\_ €

### 3. Renten gemäß letzten

Rentenbescheiden

= \_\_\_\_\_ €

abzgl. tatsächl. mtl. Werbungskosten je Rentner = \_\_\_\_\_ €

### 4. Andere Einkünfte

= \_\_\_\_\_ €

(Einnahmen./Werbungskosten)

(Anhand letzter ESt/LSt JA-Bescheide)

### 5. Andere zur Bestreitung des

des Unterhaltes bestimmte Bezüge je Empfänger = \_\_\_\_\_ €

**Familieneinkommen** = \_\_\_\_\_ €

**Vermögen ab € 15.500** = \_\_\_\_\_ €

(außer Hausrat, Schmuck, selbstbewohntes Einfamilienhaus in üblicher Ausstattung)

Potsdam,  
Ort, Datum

Unterschrift, Stempel